



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering
Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : Veronderstelde fraude, Thailand, terugvordering vergoeding, beëindiging zorgverzekering
en aanvullende ziektekostenverzekering, registratie in het interne Incidentenregister van
de ziektekostenverzekeraar, registratie in het Extern Verwijzingsregister (EVR), melding
bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars en
Zorgverzekeraars Nederland

Zaaknummer : 201700722

Zittingsdatum : 13 september 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012 en 2013, artt. 10 en 11 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012 en 2013)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Plus Collectief en Tandarts Collectief afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker verbleef van 19 september 2012 tot en met 6 oktober 2012, 7 februari 2013 tot en met 23 februari 2013, en 19 september 2013 tot en met 5 oktober 2013 in Thailand. Aldaar heeft hij kosten gemaakt voor medische zorg. Na terugkeer in Nederland heeft hij de nota's hiervan ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Deze nota's zijn door de ziektekostenverzekeraar, onder inhouding van het nog openstaande eigen risico, aan verzoeker vergoed.
- 3.2. Bij brief van 23 januari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hem bekend is dat er valse nota's in omloop zijn van het Bangkok Hospital Pattaya. Volgens de ziektekostenverzekeraar wijken de door verzoeker in 2012 en 2013 ingediende nota's af van andere nota's die afkomstig zijn van het Bangkok Hospital Pattaya, daarom heeft de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek verricht. Verzoeker is in dat verband verzocht binnen vier weken schriftelijk te reageren op de bevindingen van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.3. Verzoeker heeft bij brief van 8 februari 2015 gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 23 januari 2015.
- 3.4. Bij brief van 10 maart 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het onderzoek ter zake van de in 2012 en 2013 ter declaratie ingediende nota's uit Thailand is afgehandeld. De ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd dat sprake is van fraude, omdat verzoeker nota's heeft ingediend die valselijk zijn opgemaakt. Verzoeker dient daarom de

ontvangen vergoedingen terug te betalen. Daarnaast worden de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering per direct beëindigd. Verzoeker mag de eerstvolgende vijf jaren geen zorgverzekering afsluiten bij de ziektekostenverzekeraar. Verder zijn de persoonsgegevens van verzoeker opgenomen in het interne Incidentenregister en het Externe Verwijzingsregister Financiële Instellingen (hierna: het EVR). Ook is het dossier aangemeld bij het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit van het Verbond van Verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland.

- 3.5. Bij brief van 10 april 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij, in vervolg op de brief van 10 maart 2015, de door hem vergoede bedragen van € 2.072,68, € 2.931,98 en € 2.871,15 terugvordert.
- 3.6. Verzoeker heeft bij brief van 19 mei 2015 aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de beslissing van 10 maart 2015 gevraagd. In reactie hierop heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker bij brief van 28 mei 2015 inzage verschaft in de bewijsmiddelen. Op 29 december 2016 heeft een gesprek plaatsgevonden tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar. Bij brief van 13 februari 2017 heeft verzoeker nogmaals betwist dat sprake is van fraude. Bij brief van 16 maart 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.7. Bij brief van 7 april 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de terugvordering van de vergoede kosten te laten vervallen, zijn gegevens te verwijderen uit het interne Incidentenregister en het EVR, en de melding van voornoemde registratie bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude en Zorgverzekeraars Nederland ongedaan te maken (hierna: het verzoek).
- 3.8. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 juli 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 juli 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 3 augustus 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 augustus 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.11. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.12. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 13 september 2017 in persoon gehoord.
- 3.13. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie desgevraagd bij brief van 20 september 2017 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze reactie is op 22 september 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.14. Verzoeker heeft bij brief van 2 oktober 2017 gereageerd op de onder 3.13 genoemde brief van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is op 5 oktober 2017 ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker heeft in het verleden regelmatig jeans gekocht in Thailand en deze in Nederland doorverkocht. Aan de zakelijke bezoeken werd door hem een vakantie in Pattaya geplakt. Hij is zes of zeven keer in Thailand geweest.

Zo verbleef verzoeker van 19 september 2012 tot en met 6 oktober 2012, van 7 februari 2013 tot en met 23 februari 2013, en van 19 september 2013 tot en met 5 oktober 2013 in Thailand. Aldaar heeft hij kosten gemaakt voor medische zorg. In de periodes van 1 tot en met 4 oktober 2012, van 15 tot en met 19 februari 2013, en van 24 tot en met 29 september 2013 is hij opgenomen geweest in het Bangkok Hospital Pattaya. Na terugkeer in Nederland heeft hij de nota's hiervan (90.235 Bath, 131.164 Bath respectievelijk 121.918 Bath) ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.

4.2. De ziektekostenverzekeraar stelt dat bij onderzoek is gebleken dat de gedeclareerde nota's niet correct zijn. Verzoeker heeft destijds de nota's van zijn ziekenhuisopnames contant afgerekend bij de administratie van het Bangkok Hospital Pattaya. Bij het vertrek uit het ziekenhuis werden hem twee opties geboden: (i) de verzekering laten betalen voor de opname. Verzoeker moest hiervoor zijn paspoort achterlaten in het ziekenhuis tot de ziektekostenverzekeraar de nota had betaald, hetgeen hij vanzelfsprekend niet wilde. (ii) De nota contant betalen. Aangezien verzoeker voor zaken in Thailand was, had hij genoeg contant geld op zak. Daarom heeft hij bij de verschillende gelegenheden besloten de nota contant te voldoen. Hiervoor heeft hij betalingsbewijzen ontvangen. Hij is ervan uitgegaan dat hij originele nota's en medische certificaten van het ziekenhuis overhandigd kreeg.

Verzoeker vermoedt dat de medewerker, aan wie hij de nota's heeft voldaan, het geld in zijn zak heeft gestoken. Deze medewerker kan de gegevens van verzoeker uit de administratie hebben verwijderd. Alle Engelssprekende patiënten moesten namelijk bij één medewerker afrekenen. Deze medewerker regelde alles voor de buitenlandse patiënten. Alle drie de keren verliep het afrekenen na de opname op dezelfde wijze. Na overleg met de arts mocht verzoeker het ziekenhuis verlaten. Vervolgens liep hij naar beneden om bij de balie af te rekenen bij de betreffende medewerker. Bij de balie kreeg hij de nota's, die hij later ter declaratie heeft ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.

4.3. Verzoeker heeft na de eerste ziekenhuisopname telefonisch contact opgenomen via het telefoonnummer dat op zijn verzekeringspas is vermeld. Hij heeft gevraagd of het een probleem was dat hij de nota contant betaalde. Hem is toen medegedeeld dat dit geen probleem was.

4.4. De persoonsgegevens van verzoeker zijn ten onrechte opgenomen in het EVR. Bovendien is de registratie disproportioneel, gelet op de hoogte van de potentiële schade, de mate van bewijs, de ernst van de gedraging en de persoonlijke omstandigheden van verzoeker. Verzoeker heeft in het verleden geen enkel probleem gehad met een verzekeraar. Hij is ter zake van de nota's van het Bangkok Hospital Pattaya te goeder trouw geweest. Verzoeker wordt door de registratie zeer ernstig benadeeld, omdat hij hierdoor met aanzienlijk hogere verzekeringskosten wordt geconfronteerd, die bovendien het voortbestaan van zijn bedrijf in gevaar brengen. De verzekeraar waarbij verzoeker zijn bedrijfsverzekeringen had ondergebracht, heeft op basis van de EVR-registratie besloten de lopende verzekeringen te beëindigen.

Daarnaast vindt verzoeker het opmerkelijk dat zijn gegevens reeds zijn opgenomen in het EVR, terwijl zijn advocaat de zaak nog aan het uitzoeken was. Een zware sanctie, zoals de opname in het EVR, zou alleen mogen plaatsvinden op het moment dat onomstotelijk is bewezen dat sprake is van fraude.

4.5. Verzoeker betwist dat hij fraude heeft gepleegd. Zo al sprake zou zijn van fraude, dan is deze in Thailand gepleegd en is verzoeker hiervan eveneens slachtoffer. Daarom verzoekt hij om verwijdering van zijn gegevens uit het EVR en herstel van zijn verzekerings situatie zoals deze was vóór de registratie.

4.6. Verzoeker benadrukt dat hij voor het geld geen fraude hoefde te plegen, aangezien hij genoeg verdiende met zijn handel in jeans.

- 4.7. Ter zitting is door verzoeker verklaard dat de nota's in eerste instantie probleemloos zijn vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Voorts heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de crux zit in het feit dat de ziektekostenverzekeraar veel onderzoek heeft gedaan naar de gang van zaken in Thailand. Dit onderzoek was zeer uitgebreid en langdurig, en de ziektekostenverzekeraar heeft veel stukken aan de commissie overgelegd die verzoeker nooit onder ogen heeft gehad. Op 29 december 2016 heeft een gesprek tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar plaatsgevonden, en hiervan is een verslag gemaakt. Afgesproken werd dat dit gespreksverslag uitsluitend intern zou worden gebuikt. Desondanks heeft de ziektekostenverzekeraar het gespreksverslag gebruikt om vragen te stellen in Thailand. Verzoeker beaamt dat de ziektekostenverzekeraar onderzoek mag doen, alleen moet dit wel conform de regelgeving, protocollen en richtlijnen verlopen, meer specifiek de Gedragscode Goed Verzekeraarschap, het Protocol Verzekeringssriminaliteit en de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek. Artikel 9 van de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek is geschonden. Verzoeker verwijst in dit kader naar het bindend advies van de commissie met nummer 201602316. Op basis hiervan heeft te gelden dat het toepassen van ingrijpende maatregelen moet worden onderbouwd en dat de verzekeringnemer door de verzekeraar moet worden geïnformeerd over het onderzoek. In overweging 9.9 van genoemd bindend advies is de consequentie opgenomen van onjuist onderzoek door een verzekeraar. Verzoeker is niet geïnformeerd en de wijze van onderzoek is onjuist. Daarom zou het oordeel uit voornoemd bindend advies in de onderhavige zaak moeten worden gevolgd. Tot slot heeft verzoeker toegelicht dat een buitenlandse patiënt in Thailand anders wordt behandeld. In het ziekenhuis zijn de nota's cash betaald bij een man aan de balie. Deze man is thans onvindbaar. Verzoeker wist ten tijde van de betaling niet dat de nota's van het ziekenhuis afwijkend waren. Het probleem is dat verzoeker geen mogelijkheden en middelen heeft om de gang van zaken in Thailand aan te tonen. Verzoeker handhaaft zijn standpunt dat hij meermalen in het ziekenhuis in Thailand heeft gelegen en dat de betreffende nota's door hem contant zijn voldaan.
- 4.8. Nadien heeft verzoeker het volgende verklaard. De ziektekostenverzekeraar heeft niet aan het verzoek van de commissie voldaan het onderzoeksrapport aan te leveren. In plaats daarvan is een geheel nieuwe reactie ingediend. Verzoeker meent dat de brief van de ziektekostenverzekeraar van 20 september 2017 derhalve buiten beschouwing dient te worden gelaten. De ziektekostenverzekeraar verwijst in zijn brief van 20 september 2017 naar een brief van 28 mei 2016. Deze brief is verzoeker niet bekend en bevindt zich ook niet in het dossier. Dat geen deugdelijk onderzoeksrapport kan worden overgelegd is simpelweg omdat dit er niet is. Hieraan kan de conclusie worden verbonden dat de ziektekostenverzekeraar de vereiste zorgvuldigheid onvoldoende in acht heeft genomen. Artikel 9 van de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek betreft de informatieplicht. In dit artikel is onder meer bepaald dat de verzekeraar - voordat hij informatie gaat inwinnen bij derden - betrokkene hierover informeert, waarbij melding wordt gemaakt van het doel en de globale aard van dit persoonlijk onderzoek. Uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde stukken blijkt dat reeds vóór 21 januari 2015 persoonlijk onderzoek is gedaan naar verzoeker. Er is bij het ziekenhuis in Bangkok nagegaan of verzoeker daar als patiënt was geregistreerd. Duidelijk is dus dat de ziektekostenverzekeraar een fraudeonderzoek is gestart en bij derden informatie heeft opgevraagd, zonder verzoeker te informeren. De ziektekostenverzekeraar heeft het onderzoek voortgezet, en verzoeker is noch geïnformeerd over het - veelvuldig - opvragen van informatie bij derden noch in de gelegenheid gesteld op die informatie te reageren. Tot slot stelt verzoeker dat de situatie als bedoeld in artikel 43, onder a tot en met e, van de Wet Bescherming Persoonsgegevens zich hier niet voordoet.
- 4.9. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoeker heeft op 7 oktober 2012 de eerste nota ter zake van een ziekenhuisopname in Thailand ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Bij beslissing van 17 oktober 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar op grond van voornoemde nota een vergoeding van € 2.072,68 aan verzoeker toegekend.
Op 24 februari 2013 heeft verzoeker de tweede nota ter zake van een ziekenhuisopname in Thailand van 15 tot en met 19 februari 2013 ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Bij beslissing van 6 maart 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar op grond van voornoemde nota een vergoeding van € 2.931,98 aan verzoeker toegekend.
Op 9 oktober 2013 heeft verzoeker de derde nota ter zake van een ziekenhuisopname in Thailand van 24 tot en met 29 september 2013 ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Bij beslissing van 17 oktober 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar op grond van voornoemde nota een vergoeding van € 2.871,15 aan verzoeker toegekend.
- 5.2. Op enig moment is de ziektekostenverzekeraar gebleken dat er valse nota's in omloop zijn van het Bangkok Hospital Pattaya, die door Nederlandse verzekerden bij hem ter declaratie zijn ingediend. Daarom is hij een onderzoek gestart. Hieruit is gebleken dat ook de door verzoeker in 2012 en 2013 ingediende nota's afwijken van andere nota's die afkomstig zijn van voornoemd ziekenhuis. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom nader onderzoek verricht. Bij brief van 23 januari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de door hem in 2012 en 2013 ter declaratie ingediende nota's afwijken van andere nota's die afkomstig zijn van bedoeld ziekenhuis, en dat door het ziekenhuis bij navraag is verklaard dat verzoeker daar nooit opgenomen is geweest. Verzoeker is in de gelegenheid gesteld hierop schriftelijk te reageren.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat hij navraag heeft gedaan bij het Bangkok Hospital Pattaya. Het hoofd van de verzekerings- en facturatieafdeling heeft schriftelijk verklaard dat verzoeker nooit opgenomen is geweest in dit ziekenhuis.
Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar de door verzoeker ingediende nota's voorgelegd aan het Bangkok Hospital Pattaya. Volgens het ziekenhuis wijken deze nota's af van een originele nota: het formaat waarin de datum is weergegeven wordt niet gebruikt door het Bangkok Hospital Pattaya; het logo op de nota's betreft een oud logo, dat sinds 2007 niet meer wordt gebruikt, en er ontbreken standaard kostenposten op de nota's.
Ook de door verzoeker ingediende medische certificaten wijken sterk af van een origineel medisch certificaat zoals dit door het ziekenhuis wordt verstrekt. De originele certificaten zijn altijd handgeschreven, nooit getypt; het formaat waarin de datum op de ingediende certificaten is weergegeven, wordt nooit gebruikt door het ziekenhuis, en de handtekeningen op de ingediende certificaten zijn niet correct.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar een vergelijkbare zaak die hij heeft voorgelegd aan de rechter. In deze zaak heeft de Rechtbank Limburg (ECLI:NL:RBLIM:2017:2108) geoordeeld dat gebleken is dat sprake is van vervalste nota's, en dat het risico van indiening van een vervalste nota bij de verzekerde ligt, ook indien hij zelf slachtoffer zou zijn geworden van oplichting.
- 5.5. Daarnaast gevraagd, heeft het 'head of international insurance department' van het Bangkok Hospital Pattaya verklaard dat het absoluut onmogelijk is om de gegevens van een patiënt te verwijderen uit het automatiseringssysteem. Als bijvoorbeeld de naam van een patiënt verkeerd wordt ingevoerd (wat vaker gebeurt bij westerse namen) dan kunnen deze gegevens niet worden verwijderd. Er is een aparte procedure om deze regels aan elkaar te koppelen. Echter, ook na koppeling blijven beide nummers zichtbaar in het systeem.
Gezien het voorgaande sluit de contactpersoon uit dat een patiënt in het ziekenhuis kan hebben gelegen zonder te zijn ingeschreven. Dit zou immers vereisen dat de dader èn zijn medeplichtigen (afdelingsverpleegkundigen, schoonmakers, technisch personeel, enzovoorts) de patiënt op een patiëntenkamer binnensmokkelen zonder hem in te schrijven, medicatie aanschaffen bij een apotheek buiten het ziekenhuis, voedsel van buiten het ziekenhuis laten komen, enzovoorts.

- 5.6. Het 'head of international insurance department' van het Bangkok Hospital Pattaya heeft bij e-mailbericht van 4 maart 2015 aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat uiteraard niet kan worden uitgesloten dat medische certificaten of nota's worden nagemaakt en verkocht door een medewerker van het ziekenhuis. Dit zou deze persoon evenwel meteen kandidaat maken voor "worlds dumbest" omdat van iemand van het personeel mag worden verwacht dat deze een betere vervalsing kan maken met documenten die thans in gebruik zijn en met vermelding van bestaande kamernummers, en dat deze ook het verschil kent tussen een OPD- en een IPD-invoice.
- 5.7. Bij e-mailbericht van 12 maart 2015 heeft het 'head of international insurance department' van het Bangkok Hospital Pattaya verklaard dat de op de nota's vermelde kamernummers niet correct zijn. Ongeveer acht jaar daarvoor was de afdeling 6B, met kamernummers 6201-6220, de zogenoemde internationale afdeling waar bijna alle buitenlanders verbleven. Echter, tot november 2014 was de vroegere afdeling 6B omgevormd tot 'service departments', waar bijvoorbeeld repatriëringsteams konden overnachten. In de jaren 2012 en 2013 waren er geen patiëntenkamers met nummers tussen 6201 en 6220.
- 5.8. Gelet op artikel 5.2.1, onder c, van het Protocol Incidenten waarschuwingssysteem Financiële Instellingen (hierna: PIFI) dient bij het registreren in het EVR het proportionaliteitsbeginsel in acht te worden genomen.
Indien iemand van mening is dat hij door de registratie disproportioneel wordt geraakt in zijn belangen, dient hij dit te onderbouwen. Naar aanleiding van het beroep hierop door verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar navraag gedaan bij de verzekeraar van de bedrijfsverzekeringen van verzoeker over de reden tot opzegging. Deze verzekeraar heeft bij e-mailbericht van 14 maart 2017 medegedeeld dat de reden voor registratie in het EVR voor hem van dien aard was dat het vertrouwen in verzoeker wegviel en dat de verzekeringen daarom zijn beëindigd met ingang van 1 januari 2017. Daarnaast heeft verzoeker de EVR-registratie niet bij de mutatie van zijn verzekeringen opgegeven. Er is dus ook sprake van verzwijging.
Hieruit blijkt dat de verzekeraar de verzekeringen niet alleen heeft stopgezet omdat sprake is van een EVR-registratie.
De ziektekostenverzekeraar is van mening dat de inschrijving in het EVR terecht is geschied en dat deze registratie niet disproportioneel is.
- 5.9. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het correct is dat het verslag van het gesprek op 29 december 2016 enkel intern zou worden gebruikt. Dit is besproken met de afdeling Juridische Zaken en die was van oordeel dat hoor en wederhoor van belang was. Daarom zijn naar aanleiding van het gesprek op 29 december 2016 vragen gesteld aan personen. Verzoeker was wel degelijk op de hoogte van het onderzoek. Aan hem is medegedeeld dat was geconstateerd dat de nota's afweken, en hem is gevraagd dit uit te leggen. Toen is het onderzoek gestart.
Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat van meerdere personen meldingen over de nota's van het Thaise ziekenhuis werden ontvangen. Inmiddels is iemand gearresteerd die ervan wordt verdacht de betreffende nota's te hebben verkocht.
- 5.10. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat geen onderzoeksrapport aanwezig is. Voorts heeft hij toegelicht dat de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek een onderscheid maakt tussen het persoonlijk onderzoek en het feitenonderzoek. Betrokkene moet voorafgaand aan een persoonlijk onderzoek hierover worden geïnformeerd. De navraag bij het Thaise ziekenhuis is naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar niet aan te merken als een persoonlijk onderzoek, maar als een feitenonderzoek. Uitsluitend de stukken die verzoeker zelf heeft toegezonden zijn geverifieerd. Bij de navraag is geen nieuwe informatie verkregen, zodat geen sprake is van het inwinnen van informatie bij derden.
Strikt genomen is het verifiëren van nota's niet anders dan het feitelijk beoordelen van een schademelding waarbij de vraag of al dan niet sprake kan zijn van fraude nog niet eens de reden hoeft te zijn. Veronderstellende dat dit wel een handeling in het kader van een persoonlijk onderzoek zou zijn, kan dit gevolgen hebben voor de declaratieverwerking van iedere willekeurige declaratie

die een zorgverzekeraar ontvangt. Ook daar komt het immers regelmatig voor dat gegevens op een declaratie ontbreken en wordt veelal rechtstreeks met bijvoorbeeld een ziekenhuis contact gelegd om te verifiëren of de juiste codering of het juiste tarief is gebruikt. In artikel A.16.3. van de voorwaarden is hierover het volgende opgenomen: "*Wij mogen vanaf het moment dat de verzekering ingaat: aan derden (ook aan zorgverleners) inlichtingen vragen of geven als wij dit nodig vinden om onze verplichtingen uit de zorgverzekering na te kunnen komen.*"

Ook indien wel sprake zou zijn van een persoonlijk onderzoek, blijkt uit artikel 9.4 van de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek, dat het niet informeren van betrokkene noodzakelijk kan zijn in het belang van het opsporen van strafbare feiten. Zoals bekend bij de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar van meerdere verzekerden nota's ontvangen die niet echt zijn. Het niet informeren dat een onderzoek wordt uitgevoerd is dan van belang om te voorkomen dat mogelijk de verkoper van de nota's en de andere verzekerden die dergelijke nota's hebben gedeclareerd op de hoogte worden gesteld.

Verzoeker heeft verwezen naar bindend advies 201602316 van de commissie, en gesteld dat het onderhavige geval vergelijkbaar is met die zaak. De ziektekostenverzekeraar deelt die mening niet. Onder verwijzing naar overweging 9.9 van genoemd bindend advies, stelt de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker bij brief van 23 januari 2015 is geïnformeerd. Aan hem is uitgelegd dat de nota's niet juist zijn en dat bekend is dat valse nota's in omloop zijn. Verzoeker is daarbij in de gelegenheid gesteld nader te reageren op deze bevindingen. Verzoeker heeft hiervan bij brief van 8 februari 2015 gebruik gemaakt. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 10 maart 2015 uitgelegd zijn standpunt te handhaven, te weten dat de nota's vals zijn en dat verzoeker niet in het ziekenhuis heeft gelegen. Op 29 december 2016 volgde een gesprek met verzoeker en de advocaat. De ziektekostenverzekeraar meent verzoeker voldoende te hebben geïnformeerd en hem ook voldoende in de gelegenheid te hebben gesteld om zijn standpunt uiteen te zetten.

5.11. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen A.21 (2012) en A.22 (2013) van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil zijn het door de ziektekostenverzekeraar terugvorderen van de vergoede bedragen, de opname van de persoonsgegevens van verzoeker in het interne Incidentenregister, de opname van zijn gegevens in het EVR, en de melding van voornoemde registratie bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude en Zorgverzekeraars Nederland.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. Artikel B.4 van de zorgverzekering (2012 en 2013) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op medisch specialistische zorg.

8.3. In artikel B.2 van de zorgverzekering (2012) is de aanspraak op zorg in het buitenland geregeld. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"Voor vergoeding van zorg in het buitenland is er verschil tussen:

*a. verzekerden die wonen in Nederland (artikel B.2.1.);
(...)*

*Gaat u in het buitenland naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.0.6.
(...)*

B.2.1. Wonen in Nederland en zorg in buitenland

*Als u in Nederland woont, hebt u recht op (vergoeding van) verzekerde zorg door een zorgverlener buiten Nederland.
(...)"*

In 2013 was een vergelijkbare bepaling opgenomen in artikel B.2 van de zorgverzekering.

- 8.4. Artikel A.6.4. van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (2012) bepaalt welke maatregelen de ziektekostenverzekeraar kan treffen in het geval van vastgestelde fraude. Dit artikel luidt:

"U maakt zich tegenover ons schuldig aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. Wij hebben het recht:

- uw verzekering per direct te beëindigen;*
- vergoedingen terug te vorderen;*
- kosten van onderzoek op u te verhalen;*
- aangifte te doen bij de politie;*
- u te registreren in het gangbare waarschuwingssysteem tussen financiële instellingen."*

In 2013 was een vergelijkbare bepaling opgenomen in artikel A.6.4 van de zorgverzekering.

- 8.5. Artikel A.16.4 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (2012) bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar een materiële controle mag uitvoeren, en luidt:

"Wij mogen inhoudelijke controle en fraudeonderzoek uitvoeren als het gaat over de afwikkeling van uw verzekering en uw gegevens in onze administratie. Dit doen wij volgens de Zorgverzekeringswet, het landelijk "Protocol materiële controle" en het landelijk "Protocol Incidentenwaarschuwingssystemen Financiële Instellingen". U bent verplicht uw medewerking hieraan te verlenen."

In 2013 was een vergelijkbare bepaling opgenomen in artikel A.16.4 van de zorgverzekering.

- 8.6. In artikel 7:941 BW is het volgende bepaald:

"1 Zodra de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde van de verwezenlijking van het risico op de hoogte is, of behoort te zijn, is hij verplicht aan de verzekeraar de verwezenlijking te melden. Dit geschiedt zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is.

2 De verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.

3 Indien door de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 of 2 niet is nagekomen, kan de verzekeraar de uitkering verminderen met de schade die hij daardoor lijdt.

4 De verzekeraar kan het vervallen van het recht op uitkering wegens niet-nakoming van een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 slechts bedingen voor het geval hij daardoor in een redelijk belang is geschaad.

5 Het recht op uitkering vervalt indien de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, behoudens voor zover deze misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt."

In artikel 15 Zvw is bepaald dat het eerste lid van artikel 7:941 BW van toepassing is uitgesloten voor zover het de zorgverzekering betreft.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Op grond van artikel 7:941, vijfde lid, BW vervalt het recht op uitkering indien de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in het eerste en tweede lid van genoemd artikel niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, behoudens voor zover deze misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt. Het vijfde lid is ingevolge artikel 7:943, tweede lid, BW van dwingend recht, en hier kan derhalve niet ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde worden afgeweken. Ingevolge artikel 15 Zvw is artikel 7:941, eerste lid, BW niet van toepassing op de zorgverzekering.
- 9.2. Gezien de verstrekkende gevolgen van een geslaagd beroep van de ziektekostenverzekeraar op de verval van recht-sanctie, dienen hoge eisen te worden gesteld aan de gronden die een zodanig beroep rechtvaardigen. Dit geldt evenzeer voor de andere denkbare sancties in geval van verzekeringsfraude, zoals opname van de gebeurtenis in het Incidentenregister, opname van de gebeurtenis in het EVR, beëindiging van de betreffende verzekering en/of eventuele andere verzekeringen, alsmede verhaal van de onderzoekskosten.
- 9.3. In de polisvoorwaarden is geen omschrijving opgenomen van het begrip 'fraude'. De commissie merkt het in de polisvoorwaarden gebruikte begrip 'fraude' daarom aan als het in artikel 7:941, vijfde lid, BW geformuleerde "opzet de verzekeraar te misleiden".
- 9.4. Het is aan de ziektekostenverzekeraar concrete feiten en omstandigheden te stellen – en bij betwisting door de wederpartij – te bewijzen waaruit het bestaan van de in artikel 7:941, vijfde lid, BW bedoelde opzet blijkt, zoals bijvoorbeeld de omstandigheid dat de verzoeker (listige) kunstgrepen heeft gehanteerd teneinde de ziektekostenverzekeraar op het verkeerde been te zetten.
- 9.5. In dit verband zijn de volgende feiten van belang. Verzoeker verbleef van 19 september 2012 tot en met 6 oktober 2012 in Thailand. Op 7 oktober 2012 heeft verzoeker een nota ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar ter zake van een ziekenhuisopname aldaar. Op de nota staat vermeld dat verzoeker van 1 tot en met 4 oktober 2012 was opgenomen in het Bangkok Hospital Pattaya in verband met gastro-enteritis. Bij beslissing van 17 oktober 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar op grond van voornoemde nota een vergoeding van € 2.072,68 aan verzoeker toegekend. Verzoeker verbleef van 7 februari 2013 tot en met 23 februari 2013 wederom in Thailand. Op 24 februari 2013 heeft verzoeker een nota ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar ter zake van een ziekenhuisopname aldaar. Op de nota staat vermeld dat verzoeker van 15 tot en met 19 februari 2013 was opgenomen in het Bangkok Hospital Pattaya in verband met acute gastro-enteritis. Bij beslissing van 6 maart 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar op grond van voornoemde nota een vergoeding van € 2.931,98 aan verzoeker toegekend. Verzoeker verbleef van 19 september 2013 tot en met 5 oktober 2013 opnieuw in Thailand. Op 9 oktober 2013 heeft verzoeker de nota ter zake van een ziekenhuisopname aldaar ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Op de nota staat vermeld dat verzoeker van 24 tot en met 29 september 2013 was opgenomen in het Bangkok Hospital Pattaya in verband met acute gastro-enteritis. Bij beslissing van 17 oktober 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar op grond van voornoemde nota een vergoeding van € 2.871,15 aan verzoeker toegekend.
- 9.6. De ziektekostenverzekeraar heeft op enig moment, in het kader van een lopend onderzoek naar verschillende vervalste nota's van genoemd ziekenhuis, de eerder door verzoeker ter declaratie ingediende nota's nader onderzocht. Deze bleken op verschillende punten af te wijken van de nota's zoals die in 2012 en 2013 door het betreffende ziekenhuis werden verstrekt. Dit is door het 'head of international insurance department' van het Bangkok Hospital Pattaya bevestigd. De

medische certificaten bleken eveneens op enkele punten af te wijken. Ook dit is door het ziekenhuis bevestigd.

Voorts bleken bij navraag bij het betreffende ziekenhuis de gegevens van verzoeker niet bekend. Daarnaast was de op de nota's vermelde kamer volgens het ziekenhuis in 2012 en 2013 niet in gebruik als patiëntenkamer.

Tot slot heeft het ziekenhuis verklaard dat het niet mogelijk is patiëntgegevens te verwijderen uit de administratie.

- 9.7. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij driemaal opgenomen is geweest in het ziekenhuis. Hij heeft de kosten steeds contant voldaan en vermoedt dat de medewerker die de contacten met de Engelstalige patiënten onderhield de stukken heeft opgesteld en het geld zelf heeft gehouden. Zijn gegevens zouden uit de administratie van het ziekenhuis zijn verwijderd.
- 9.8. Gezien de verklaringen van het Thaise ziekenhuis ter zake van de punten waarop de door verzoeker ter declaratie ingediende nota's en medische certificaten niet correct zijn, het incorrecte kamernummer, en de onmogelijkheid om patiëntgegevens te verwijderen uit de administratie, alsmede de omstandigheid dat van enige opname van verzoeker in de ziekenhuisadministratie niet is gebleken, heeft de ziektekostenverzekeraar, naar het oordeel van de commissie, voldoende aangetoond dat verzoeker valse nota's ter declaratie heeft ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, met het opzet hem te misleiden. Hieruit volgt dat de ziektekostenverzekeraar terecht heeft besloten de uitgekeerde bedragen terug te vorderen.
- 9.9. Verzoeker heeft, onder verwijzing naar artikel 9 van de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek en bindend advies 201602316 van de commissie, gesteld dat de registratie van zijn persoonsgegevens in het interne Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar en de registratie van diezelfde gegevens in het EVR, onterecht en disproportioneel zijn. In artikel 9 van de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek is de informatieplicht van verzekeraars geregeld. Volgens verzoeker is dit artikel geschonden, omdat hij niet voorafgaand door de ziektekostenverzekeraar is geïnformeerd over het voornemen om informatie in te winnen bij derden (in Thailand). Daarbij heeft verzoeker expliciet gesteld dat een situatie als bedoeld in artikel 9.7 van voormelde gedragscode (*"De informatieplicht in artikel 9.5 en 9.6 blijft achterwege als dit noodzakelijk is in het belang van een of meer van de gevallen die worden genoemd in artikel 43 onder a. tot en met e. van de Wet bescherming persoonsgegevens."*) zich hier niet voordoet. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit kader primair gesteld dat geen sprake is van een persoonlijk onderzoek maar van een feitenonderzoek, zodat de betreffende gedragscode niet van toepassing is, en subsidiair dat indien wel sprake is van een persoonlijk onderzoek, de situatie als genoemd in artikel 9.4 van de betreffende gedragscode (*"Het melden aan betrokkene dat een persoonlijk onderzoek wordt ingesteld, blijft achterwege als dit noodzakelijk is in het belang van een of meer van de gevallen die worden genoemd in artikel 43 onder a. tot en met e. van de Wet bescherming persoonsgegevens."*) van toepassing is.
- 9.10. De commissie stelt vast dat in het onderhavige geval sprake is van een persoonlijk onderzoek. Er is namelijk door de ziektekostenverzekeraar navraag gedaan bij het ziekenhuis in Thailand omtrent onder meer de registratie van verzoeker als patiënt. Dit maakt inbreuk op de persoonlijke levenssfeer van verzoeker. Zulks klemt te meer nu het onderzoek niet werd ingesteld om duidelijkheid te krijgen omtrent een individuele declaratie, maar tegen de achtergrond van een grootschalig onderzoek naar nota's van dit specifieke ziekenhuis waarover bij de ziektekostenverzekeraar reeds bedenkingen bestonden. Gelet op de doelstelling betrof het niet langer een feitenonderzoek. In beginsel betekent dit dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker voorafgaand aan het inwinnen van informatie bij derden, hierover had moeten informeren. Echter, de commissie is van oordeel dat in het onderhavige geval niettemin melding achterwege kon blijven, aangezien de situatie als genoemd in artikel 9.4 van de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek van toepassing is. De ziektekostenverzekeraar heeft namelijk verklaard, en dit blijkt ook uit de overgelegde stukken, dat door hem meerdere valse nota's van het Bangkok Hospital Pattaya zijn ontvangen, dat naar aanleiding hiervan een grootschalig onderzoek heeft plaatsgevonden, en dat inmiddels een persoon is gearresteerd. Het belang van opsporing en vervolging van strafbare feiten

stond hierbij duidelijk voorop. Anders gezegd, (de declaratie van) verzoeker vormde 'slechts' een deel van een groter onderzoek met een belang dat het verzekerde-niveau oversteeg. De verwijzing van verzoeker naar bindend advies 201602316 treft geen doel. In deze zaak ging het namelijk om één nota van één verzekerde, waardoor de uitkomst van de weging van de belangen van die verzekerde en het belang van het onderzoek naar mogelijke fraude een andere is. Naar het oordeel van de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker voldoende geconfronteerd met zijn bevindingen en is verzoeker in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Van de geboden gelegenheid heeft hij ook gebruik gemaakt. De commissie volgt verzoeker derhalve niet in diens stellingen en verwijzing, en concludeert dat de registratie van de persoonsgegevens van verzoeker in het Interne Incidentenregister en het EVR terecht heeft plaatsgevonden. Aldus resteert de vraag naar de proportionaliteit.

- 9.11. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij door de registratie in het EVR ernstig wordt benadeeld, met name omdat hij hierdoor met aanzienlijk hogere verzekeringskosten wordt geconfronteerd, en zijn bedrijfsverzekeringen inmiddels als gevolg van de EVR-registratie zijn opgezegd door de betreffende verzekeraar. Ook maakt hij er bezwaar tegen dat de registratie reeds heeft plaatsgevonden, terwijl zijn advocaat nog een en ander aan het uitzoeken was, en daardoor nog niet onomstotelijk vaststond dat sprake was van fraude. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar op grond van het eerder overwogene, gelet op de met de fraude gemoeide bedragen - waarvoor overigens geen financiële ondergrens geldt -, de schade die de fraude toebrengt aan de maatschappij als geheel - hetgeen te meer geldt voor zover het de zorgverzekering, een sociale ziektekostenverzekering gebaseerd op solidariteit, betreft - en het repetitieve karakter van de fraude in deze casus, verzoeker mocht registreren in het EVR en wel voor de maximale termijn van acht jaren. De hogere verzekeringskosten en de gevolgen voor eventuele (bedrijfs)verzekeringen zijn inherent aan registratie in het EVR en vormen op zich onvoldoende argument om te concluderen dat deze registratie disproportioneel is. Dat de advocaat van verzoeker een en ander nog aan het uitzoeken was ten tijde van de registratie, is hierbij niet van belang. De ziektekostenverzekeraar had in zijn (primaire) beslissing reeds medegedeeld wat zijn bevindingen waren en welke maatregelen hij hieraan zou verbinden. Blijkens de jurisprudentie is dit voldoende om tot registratie te besluiten. Uit het voorgaande volgt dat ook de melding van de registratie bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude en Zorgverzekeraars Nederland terecht heeft plaatsgevonden.

Conclusie

- 9.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 november 2017,

A.I.M. van Mierlo